

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4130

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : S 18104 Yassine 183020

Date de naissance :

Adresse : Pole Urbain NSR Quai de Rayam n° 174
Nouasseur Casablanca

Tél. : 066.135.74.09 Total des frais engagés : 1003,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : S 18104

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 15/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie MAPERLA DR YASSACHEMERYEM ap ZOUINE TEL.: 05 22 53 79 68 INPE : 092089903	03/07/23	1003, 20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraire
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
5533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
5533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-12), upper left (13-24), lower left (25-36), and lower right (37-48). Directional markers are present: 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom. The teeth are represented by circles with numbers, and some have additional symbols like 'Y' or 'H' inside.

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : S, MOU YASSIN

Matricule : 4130 **N° CIN :**

Adresse : Rue Michelien Zone Urbaine NSR Quartier Rayon n°176
NSR Casablanca

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Prof. Ahmed FAROUQI **Spécialité :**

N° ICE : Prof. Ahmed FAROUQI Endocrinologie - Diabetologie
N° INPE : 187, Bd Abdellah Ben N° 27 - Casablanca

Certifie que Mlle, Mme, M. : Tél : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code INP : 091028514 S, MOU YASSIN

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

- GT = 1.26.
- HbA1C = 7.7% sous Traitement

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

- Jardiance 10 mg : 141/1r
- Glucophage 850 = 14 x 3/1r.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le / /

Cachet et signature du médecin traitant :

Prof. Ahmed FAROUQI
Endocrinologie - Diabetologie
187, Bd Abdellah Ben N° 27 - Casablanca
Tél : 0522 20 07 03 - 0522 20 75 76
Code INP : 091028514

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



6 118001 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

313839-02

PPV: 479 DH 00

Glucophage 850 mg

45,20



6 118001 041077

Jardiance 10 mg
(Empagliflozine)

30 comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

313839-02

PPV: 479 DH 00

Pharmacie Ma perla

MERYEM RYACHI

0654105129

perles de nouceur imm 14 , casablanca



Facture N° 20231115-254

Date de vente : 15/11/2023

Médecin traitant :

Simou Yassin

Maroc

Produit

Qté.

P.U

TVA

Total

GLUCOPHAGE CO 850MG B60 COMP GM

1

45,20

Exonéré (0.00%)

45,20

JARDIANCE CO 10MG B30 COMP PELLI

2

479,00

Exonéré (0.00%)

958,00

Pharmacie MAPERLA
DR. RYACHI MERYEM
op ZOUTINE
TEL.: 06 22 53 79 08
INPE : 082089803

Total HT	1 003,20 DHS
TVA	0 DHS
Total	1 003,20 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille trois DHS et vingt centimes